

Queratite herpética. Quando e como devo usar os corticoides?

Vitor Maduro¹

¹Assistente Hospitalar – Unidade de Córnea e Transplantação do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)
Diretor de Serviço: Dr. Miguel Trigo

A queratite herpética é uma infecção viral causada pelo vírus herpes simplex podendo atingir qualquer estrutura corneana, nomeadamente o epitélio, o estroma ou o endotélio.

A queratite herpética poderá ter as seguintes apresentações clínicas em função das estruturas corneanas afectadas:

1. Queratite epitelial
2. Queratite neurotrófica
3. Queratite estromal: necrotizante ou não necrotizante (imune)
4. Endotelite

1. Queratite epitelial

Caracteriza-se pela infecção da camada epitelial da córnea, tendo como manifestação típica a presença de lesões epiteliais arboriformes, denominada de úlcera dendrítica. A nível de orientação terapêutica o objectivo é a eliminação rápida da carga viral. Está proposta a terapêutica com ganciclovir gele a 1,5mg/g (5 aplicações por dia) ou aciclovir pomada oftálmica 30mg/g (5 aplicações por dia) durante 14 dias. A corticoterapia tópica não está recomendada para o tratamento desta entidade clínica excepto se houver envolvimento estromal concomitante.

2. Queratite Neurotrófica

A etiologia desta entidade é a neuropatia corneana e as alterações da função lacrimal associadas a infecção herpética previa, podendo também estar exacerbada pela toxicidade medicamentosa. Clinicamente caracteriza-se por defeito epitelial persistente, diminuição da sensibilidade corneana e alterações estromais. A abordagem terapêutica é a diminuição da agressão tóxica corneana e o aumento da lubrificação. O uso de corticoides nesta entidade fica reservada apenas se houver processo inflamatório da base da úlcera, caso contrario estão contraindicados pois atrasam a re-epitelização.

3. Queratite estromal

3.1. Queratite estromal necrotizante

Entidade clínica rara da infecção por herpes simplex e caracteriza-se pela invasão directa do vírus no estroma da córnea. Os achados clínicos são a necrose, ulceração e infiltração densa do estroma corneano associado a defeito epitelial. Esta inflamação severa poderá originar adelgaçamento corneano e eventualmente perfuração.

3.2. Queratite estromal não necrotizante (imune)

A queratite estromal imune é uma manifestação comum da doença herpética corneana. Esta entidade é possivelmente causada pela retenção de antígenos virais no estroma corneano associado a activação do sistema imunológico e assim a existência de inflamação estromal crónica com epitélio íntegro. Numa fase aguda caracteriza-se por opacidades estromais puntactas associadas a haze estromal, podendo o padrão ser focal, multifocal ou difuso. Pode ainda surgir o anel imunológico estromal ou mesmo a neovascularização corneana inicialmente sectorial com exsudação lipídica.

O tratamento destas 2 entidades clínicas passa pela paragem do processo inflamatório activo. Assim, e tendo como base os resultados do estudo HEDS "Herpetic Eye Disease Study", verifica-se que os corticoides tópicos nas situações de queratite herpética estromal são eficazes na redução do curso da doença, do tempo de doença e da intensidade da cicatrização anómala da córnea. Nesta situações deverá o doente ser medicado com acetato de prednisolona 10mg/ml ou fosfato de dexametasona 1mg/ml tópico (1gota 5 x ao dia) associado a cobertura antiviral tópica (ganciclovir gele a 1,5mg/g ou aciclovir pomada oftálmica 30mg/g (5 aplicações por dia)). A redução do corticoide deve ser feita lentamente e sempre dependente da resposta clínica, mas não se deve reduzir mais de 50% da dose para evitar o efeito rebound inflamatório. Nos casos em que há

queratite epitelial activa concomitantemente deve-se iniciar primeiro a terapêutica dirigida para a infecção epitelial e cerca de 48-72H depois e com resposta clinica positiva iniciar a corticoterapia tópica.

4. Endotelite

Esta manifestação clinica da infecção herpética caracteriza-se por edema estromal sem infiltrado estromal. Podem ainda aparecer precipitados queráticos, irite e hipertensão ocular (HTO). A etiologia desta entidade esta relacionada com reacção inflamatória ao nível do endotélio, porem a patogénese ainda é desconhecida. A nível terapêutico a opção passa pela associação de corticoterapia tópica agressiva e terapia antiviral oral associada a hipotensor tópico se necessário. Assim, acetato de prednisolona 10mg/ml ou fosfato de dexametasona 1mg/ml tópica de 2 em 2 horas durante 1 semana e redução lenta conforme a resposta terapêutica associado a aciclovir 400 mg/5x ao dia ou valaciclovir 1g (12 em 12H).

BIBLIOGRAFIA

1. Krachmer J, Mannis M, Holland E: CORNEA, 2nd ed. Elsevier Mosby, 2005, 958-978
2. Holland EJ, Schwartz GS. Classification of herpes simplex virus keratitis. Cornea. Mar 1999;18(2):144-54
3. Guess S, Stone DU, Chodosh J. Evidence-based treatment of herpes simplex virus keratitis: a systematic review. Ocul Surf. Jul 2007;5(3):240-50
4. Wilhelmus KR, Gee L, Hauck WW, Kurinij N, Dawson CR, Jones DB, et al. Herpetic Eye Disease Study. A controlled trial of topical corticosteroids for herpes simplex stromal keratitis. Ophthalmology. Dec 1994;101(12):1883-95;